

**NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN DE CIERRE PARA RECLAMOS DE TIEMPO PERDIDO PARA  
EMPLEADORES AUTOASEGURADOS**

RECLAMO (CLAIM)	FECHA DE LA LESIÓN (DATE OF INJURY)	UBI NUMBER	FECHA DE ENVÍO (MAILING DATE)	TIPO EC
--------------------	--	------------	----------------------------------	------------

RECLAMANTE (INSERT CLAIMANT'S NAME)

MÉDICO (INSERT PHYSICIAN'S NAME)

**ESTA NOTIFICACIÓN LE INFORMA QUE SU RECLAMO SE HA CERRADO CON LOS BENEFICIOS MÉDICOS Y COMPENSACIÓN POR DISCAPACIDAD TEMPORAL PROPORCIONADOS HASTA LA FECHA Y CON UNA INDEMNIZACIÓN POR DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE SI EXISTE, COMO SE EXPLICA ABAJO Y CON LA CONDICIÓN DE QUE USTED HAYA REGRESADO AL TRABAJO CON EL EMPLEADOR AUTOASEGURADO. SI POR CUALQUIER RAZÓN USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES O LA DURACIÓN DE SU REGRESO AL TRABAJO, LOS BENEFICIOS MÉDICOS, LA COMPENSACIÓN OTORGADA POR DISCAPACIDAD TEMPORAL O LA DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE QUE FUE OTORGADA, DEBE PROTESTAR POR ESCRITO AL DEPARTAMENTO DE LABOR E INDUSTRIAS (DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES), SELF INSURANCE SECTION, PO BOX 44892, OLYMPIA WA 98504-4892 DENTRO DE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBA ESTA NOTIFICACIÓN. SI USTED NO PROTESTA ESTA ORDEN ANTE EL DEPARTAMENTO, ESTA ORDEN SERÁ FINAL.**

LA COMPENSACIÓN POR TIEMPO PERDIDO TERMINA COMO PAGADA HASTA EL  
(INSERT DATE TIME LOSS PAID TO MM DD YYYY) INCLUSIVE

(CLOSURE DATE , MM DD YYYY)

ESTE RECLAMO ESTÁ CERRADO EFECTIVO EL \_\_\_\_\_  
SIN COMPENSACIÓN ADICIONAL POR TIEMPO PERDIDO O DISCAPACIDAD PARCIAL  
PERMANENTE

(NAME OF SELF-INSURED EMPLOYER)	NO TIENE QUE PAGAR POR SERVICIOS MÉDICOS O TRATAMIENTOS REALIZADOS DESPUÉS DE LA FECHA DE CIERRE.
---------------------------------	---

POR (BY)
PARA (NAME OF SELF-INSURED EMPLOYER)
DIRECCIÓN (ADDRESS)
CIUDAD (CITY)
TELÉFONO (PHONE) ( )

cc: DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES  
SELF INSURANCE SECTION  
PO BOX 44892  
OLYMPIA WA 98504-4892